



Arntz, A., & Jacob, G. (2012).
Schematherapie. Een praktische handleiding.
Amsterdam: Nieuwezijds.



Koerner, K. (2012).
Dialectische gedragstherapie. Een praktische handleiding.
Amsterdam: Nieuwezijds.

Over de gedragstherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen

Kris Van den Broeck

Een recente meta-analyse van The Cochrane Collaboration (2012) belicht de werkzaamheid van verschillende psychotherapeutische strategieën voor de behandeling van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS). Men beschouwt de resultaten van mentalisation based therapy, transference-focused therapy en schematherapie (SFT) als bemoedigend. Met dialectische gedragstherapie (DGT) worden geregeld overtuigende resultaten geboekt. DGT en SFT zijn te situeren binnen de zogenaamde 'derde golf' van de gedragstherapie, wat betekent dat zelfbeschikking en acceptatie minstens even belangrijk zijn als een eenduidige focus op verandering. Uitgeverij Nieuwezijds publiceerde recent twee nieuwe handleidingen over deze kaders. Hierbij vindt u onze kritische analyse. Bovendien bieden beide boeken ons de gelegenheid om beide kaders eens naast en tegenover elkaar te zetten.

Samengevat: dialectische gedragstherapie door Koerner

DGT staat bekend als een (oorspronkelijk ambulante) therapeutische werkwijze ter behandeling van BPS. DGT resulteert op relatief korte termijn in een drastische vermindering van zelfverwondend en suïcidaal gedrag. Maar over het bereiken van stabiliteit op langere termijn, bijvoorbeeld op het gebied van interpersoonlijk functioneren, wonen en werken, zijn nagenoeg geen onderzoeksgegevens voorhanden. In het eerste hoofdstuk schetst Kelly Koerner, leerling-van-het-eerste-uur van DGT-ontwikkelaar Marsha Linehan, beknopt de basisassumpties en beginselen van DGT. Ze licht toe hoe BPS-patiënten het best begrepen worden als mensen die snel en intens emotioneel kunnen worden en er relatief lang over doen om terug te keren naar het basisniveau. Volgens DGT komt psychopathologie voort uit inadequate reacties van belangrijke anderen op deze constitutioneel bepaalde elementen van de emotieregulatie. De spanning wordt dan chronisch en moeilijk hanteerbaar, wat resulteert in de interpersoonlijke, gedragsmatige en cognitieve problemen die BPS-

patiënten vaak rapporteren. Vervolgens belicht Koerner de vier pijlers van DGT. Naast regelmatige individuele contacten met een vaste hulpverlener zijn er ook de zogenaamde vaardigheidstrainingen, waarbij patiënten in groep wordt geleerd emoties te herkennen, crisissen te doorstaan, hun interpersoonlijke functioneren te verbeteren en bewuster in het hier en nu te staan. In de individuele sessies wordt het inoefenen van de vaardigheden voortgezet, rekening houdend met de specifieke context van de patiënt. Deze gesprekken bieden ook de mogelijkheid om emoties anders te benaderen (exposure), andere contingenties aan te leren of cognities te wijzigen die een adequaat functioneren in de weg staan. Een functieanalyse moet uitwijzen welke therapeutische kaart er getrokken moet worden bij het probleem dat op tafel ligt. Het leeuwendeel van het boek (hoofdstukken 2 tot en met 6) gaat over hoe individuele DGT-sessies dienen te verlopen. De inhoud van de sessies wordt bepaald aan de hand van een 'dagboekkaart' (registratiedocument voor probleemgedragingen en het toepassen van vaardigheden) en volgens een prioriteitenhiërarchie (levensbedreigend of zelfbeschadigend gedrag krijgt voorrang op therapie-interfererend gedrag en gedrag dat de kwaliteit van leven vermindert). De vorm is een continu balanceren tussen veranderingsgerichte, accepterende en dialectische strategieën. Dialectische strategieën omvatten bijvoorbeeld het afwisselend gebruik van ondersteunende en meer confronterende interventies, het gebruik van metaforen en paradoxen, of het herkadere van de informatie zodat de sterktes van de aanpak van de patiënt meer op de voorgrond komen. Telefonische consultatie vormt de derde pijler van DGT, en het consultatieteam de vierde. DGT-therapeuten stellen zich erg bereikbaar op en kunnen zo fungeren als een belangrijke hulplijn wanneer de nood het hoogst is. Dat komt de generalisatie van nieuw aangeleerd gedrag naar omstandigheden buiten de therapiekamer ten goede. Het consultatieteam ten slotte kan het best vergeleken worden met een intensief intervisiemoment; het wordt beschreven als een niet-(ver)oordelende steungroep – "noodzakelijk voor mensen die werken met moeilijke mensen" (Linehan, 1993). Elke vraag van de hulpverleners over hun therapeutische werkzaamhe-

den wordt er geconceptualiseerd als een therapeutische vraag, of nog als een moeilijke situatie waarmee een patiënt – de therapeut dus, in dit geval – geconfronteerd wordt. Ze zal dan ook met DGT-strategieën beantwoord worden. Het zevende en laatste hoofdstuk behandelt expliciet deze laatste, maar niet minder belangrijke pijler van DGT.

Samengevat: schematherapie door Arntz en Jacobs

In tegenstelling tot DGT focuste SFT van bij het begin op alle persoonlijkheidsstoornissen, en bij uitbreiding nu ook op bepaalde As I-stoornissen. SFT vindt zijn oorsprong in de traditie van de cognitieve gedragstherapie met Aaron Beck als voornaamste voorganger. Cognitieve therapeuten stellen dat disfunctionele cognities aan de basis liggen van disfunctioneel gedrag, en dus dat gedragswijziging wordt geïnitieerd door het aanpassen van de cognities. Dat gebeurt traditioneel door de cognities uit te dagen, hetzij verbaal ('socratische dialoog'), hetzij via ervaringen (gedragsexperimenten, exposureoefeningen). Schema's behelzen cognities en impliciete informatie over het zelf, anderen en de wereld. Ze vormen een blauwdruk voor onze manier van reageren op en interageren met onze omgeving. Ze ontstaan ook in de interactie met de wereld rondom ons. Schema's zijn doorgaans stabiel, doordat ze ons gedrag in hoge mate bepalen en doordat we vatbaarder zijn voor informatie die de schema's bevestigt. Net als voor cognities geldt dat wijzigingen op schemaniveau in principe leiden tot ander gedrag (en andere emoties). Jeffrey Young, grondlegger van de schematherapie, ontdekte dat bepaalde disfunctionele schema's vaak aanwezig waren bij bepaalde soorten mensen. De theorie suggereert dat dergelijke schema's ontstaan wanneer er niet aan belangrijke, basale behoeften is voldaan. Zo wordt het schema 'Vlating/instabiliteit' frequent aangetroffen bij BPS-patiënten. Zij ervoeren in hun voorgeschiedenis hoe belangrijke anderen hen afvallig waren, waardoor het hun als kind ontbrak aan continue en warme zorg. Dat installeerde de overtuiging dat relaties nooit blijvend zijn, alsook de bijbehorende, continue angst om in de steek gelaten te worden. Uiteraard missen zulke opvattin-

gen hun effect niet op iemands relationele leven. Schematherapeuten stellen verder dat het schema (de 'trait', zeg maar) verschillend wordt ervaren ('state' of modus, in SFT-terminologie) naargelang de omstandigheden. Soms voelt een patiënt zich eerder als een gekwetst of woedend kind, terwijl in andere omstandigheden een veeleisende of straf-fende (geïnternaliseerde, ouderlijke) stem hen lijkt toe te spreken. Als de kindmodus actief is, voelen BPS-patiënten zich vaak verlaten, wederom misbruikt, of oneerlijk bejegend, terwijl ze zich vanuit hun oudermodus soms enorm devalueren, net zoals hun omgeving vroeger deed. Ten slotte worden ook copingmodi onderscheiden (overgave, vermijden of overcompenseren), verwijzend naar gemoedstoestanden die men aanneemt om om te gaan met de pijnlijke emoties veroorzaakt door de disfunctionele kind- of oudermodi. BPS-patiënten hanteren wel eens de onthechte (vermijdende) beschermmodus om niet te voelen, vaak leidend tot isolatie, middelenmisbruik, vreetbuien, enzovoort. Gelukkig zijn er enkele gezonde modi (gelukkig kind, gezonde volwassene). Die moeten versterkt worden in de loop van de therapie.

Door de jaren heen zijn er verschillende versies van SFT de revue gepasseerd, variërend in het aantal gedefinieerde schema's, en met en zonder modi. Arnoud Arntz, boegbeeld van de schematherapie in de Lage Landen, en Gitta Jacobs beschrijven in hun boek achttien schema's, een uitgebreide reeks van disfunctionele modi, en hoe alle concepten zich tegenover elkaar verhouden. De theoretische beschrijving, die eindigt met een prototypische casusconceptualisatie voor elke persoonlijkheidsstoornis, beslaat ruwweg de helft van het boek – een uitgesponnen opsomming, gelukkig opgefleurd met talrijke klinische vignetten, die in de klinische praktijk een snelle, handige geheugensteun kan bieden. De rest van het boek beschrijft hoe de schema's kunnen worden hervormd, of hoe men ertoe kan komen dat er alsnog aan de behoeften wordt voldaan en hoe men de verhoudingen tussen de modi kan optimaliseren. Zowel cognitieve als gedragsmatige en ervaringsgerichte technieken worden belicht. Bijzondere aandacht gaat naar de techniek van de stoelendialoog en imaginaire rescripting. Bij een stoelendialoog vertegenwoordigen verschillende stoelen verschillende

schema's of modi. Eén stoel is voorbehouden voor de modus van de gezonde volwassene. Door plaats te nemen op de verschillende stoelen kunnen de verschillende kanten van de patiënt met elkaar leren communiceren. De therapeut heeft daarbij een modellerende rol. Bij imaginaire rescripting wordt een vroegere traumatische situatie met belangrijke hedendaagse negatieve gevoelens onder begeleiding van de therapeut opnieuw voor de geest gehaald. Vervolgens worden andere figuren (een oudere versie van de patiënt, politieagenten of desnoods de therapeut) in het verhaal opgevoerd. Zij helpen het ongelukkige kind zodat alsnog aan de behoeften wordt voldaan.

Gelijkenissen en verschillen

De grootste verdienste van beide benaderingen betreft mijns inziens hun – weliswaar verschillend geconceptualiseerd – vertrekpunt: persoonlijkheidsproblemen worden beschouwd als natuurlijk, in de zin dat een ongezonde context (SFT), al dan niet in combinatie met een kwetsbare constitutie (pervasieve emotionele disregulatie; DGT), resulteert in het leren van minder adequate schema's (SFT), cognities en gedrag (DGT). De patiënt wordt dus niet beschuldigd als veroorzaker van de klachten, al zal hij wel zijn verantwoordelijkheid moeten opnemen als hij beterschap wil. Hij zal moeten leren omgaan met zijn kwetsbaarheid (DGT) en de geïnternaliseerde opvattingen van belangrijke anderen (SFT), die, indien geactiveerd, tot heftige emoties en gedrag kunnen leiden.

De therapeutische uitgangspositie van beide modellen is dan ook in eerste instantie een niet-beschuldigend en empathisch beamen, oftewel valideren (DGT). In essentie richt het vervolg van de behandeling zich op het (imaginair) corrigeren (SFT) en accepteren (DGT) van de situatie in het verleden, het alsnog bevredigen van de niet-ingeloste kinderlijke behoeften (SFT). Patiënten worden erg respectvol benaderd op het pad naar verandering; zij krijgen de teugels in handen. Binnen DGT wordt de patiënt gezien als zijn eigen casemanager, terwijl SFT-therapeuten steeds toestemming zullen vragen vooraleer ze een ingrijpende oefening initiëren. Beide kaders gaan er – interessant! – overigens van uit dat de patiënt

ook weet wat best is, dat beterschap in hem zit. DGT-therapeuten refereren hiervoor aan de 'wijze geest'; in SFT wordt de 'gezonde volwassene' aangesproken.

Beide benaderingen vragen een warme betrokkenheid van de therapeut, al schijnt de afstand tussen patiënt en therapeut groter bij SFT dan bij DGT. Hoewel Koerner stelt dat therapeuten hun grenzen moeten respecteren, benadrukt DGT evenzeer dat hulpverleners flexibel moeten kunnen inspelen op de noden van de patiënt. Telefonische consultatie en extra of langere individuele sessies horen bij het DGT-kader. DGT benadrukt ook meer het belang van persoonlijke arbeid door de therapeut; daar er gewerkt wordt met en in de relatie, moet de therapeut tijdens de individuele sessies attent zijn op subtiele wijzigingen in de reacties van de patiënt. Hij moet er flexibel op kunnen inspelen. Bovendien horen DGT-therapeuten zich ook voortdurend in vraag te stellen in hun relatie tot hun cliënten evenals in hun relatie tot hun collega-hulpverleners in het consultatieteam. Dat vereist ook een veilig team, iets waarvan in het boek over SFT nauwelijks gewag wordt gemaakt. Bij SFT schijnen veeleer de procedurele kennis en het vaardig kunnen toepassen van de technieken centraal te staan – al is intervisie zeker niet verboden.

Conclusie

De keuze van het kader is uiteraard persoonlijk. De schrijfstijl van beide boeken is illustratief voor het kader dat ze voorstaan. Het DGT-boek probeert bijvoorbeeld het model over te brengen door ontelbare metaforen aan te halen – een bijzonder kenmerk van DGT – en de schrijfstijl lijkt warmer, symbolischer, maar daarom niet minder helder. SFT wordt dan weer nuchter en kernachtig toegelicht. Verder stellen we dat de titel van de boe-

ken de lading dekt; het zijn werkelijk 'praktische handleidingen'. De theoretische achtergrond komt beduidend minder aan bod en wordt soms moeilijk (Koerner) of weinig boeiend (Arntz & Jacob) toegelicht. Toch is het mijn ervaring dat psychoeducatie omtrent het kader erg verhelderend kan werken voor patiënten. Het werkt deculpabiliserend en daardoor motiverend. De talrijke klinische vignettes in beide werken maken anderzijds erg duidelijk hoe er op 'dagelijkse' basis gewerkt kan worden binnen individuele therapie met mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Deze boeken bieden je dus geen complete basis, maar illustreren de kneepjes van het vak. Ze doen dat echter op een zodanig inspirerende manier dat je er meteen mee aan de slag wilt.

Literatuur

- Stoffers, J.M., Völm, B.A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). *Psychological therapies for people with borderline personality disorder (review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews. doi: 10.1002/14651858.CD005652.pub2.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Personalia

Kris Van den Broeck is psycholoog en gedragstherapeut, werkzaam in het UPC KU Leuven, Campus Kortenberg, waar hij werkt met mensen met angstproblematiek en/of persoonlijkheidsproblemen. Hij is tevens verbonden aan het Centrum voor Leerpsychologie en Experimentele Psychopathologie van de KU Leuven en doet onderzoek naar informatieverwerkingsprocessen bij borderlinepatiënten.

E-mail: kris.van.den.broeck@uc-kortenberg.be